O gośćcowych cierpieniach gardła, krtani i nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak (Warszawa).

(Odczyt ten miał być wygłoszony na VIII Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

Wzmianki o zajęciu gardła przy ostrym gośćcu stawowym (rheumatismus articulorum acutus) spotykamy po raz pierwszy w połowie siódmego dziesiątka lat wieku bieżącego*).

We Francyi Trousseau[1]), w Ameryce zaś Clark[2]), oraz Ogle[3]) są pierwszymi, którzy jednocześnie (w r. 1865) zwrócili uwagę na stosunek obu tych cierpień.

Znacznie później w Niemczech, gdyż dopiero w roku 1872, Heymann[4]), a w parę lat po nim Niemeyer-Seitz[5]) wspominają o zajęciu gardła przy ostrym gośćcu stawowym.

Wkrótce potem Lagranère i Piponier[6]), uczniowie Trousseaua, podają, że spostrzegali występowanie zapalenia gardła (anginy) bądź przed, bądź w czasie, bądź wreszcie po przebyciu ostrego gośćca stawowego. Boeck[7]) zwraca uwagę na częste występowanie *anginae s. tonsillitidis lacunaris* w przebiegu tego cierpienia.

---

*) Posiłkować się tu będę przedewszystkiem doskonałą monografią Peltesohna z Berlina, oraz Suchanneka, docenta z Zurychu, w których to pracach literatura, dotycząca omawianej sprawy, jest wyczerpująco podana.

Już wówczas pogląd, co do związku, zachodzącego między cierpieniami gardła z jednej, a ostrym gośćcem stawowym z drugiej strony, musiał być, zwłaszcza w Ameryce, *resp.* Anglii, bardzo rozpowszechnionym, gdyż Lennox-Brown w podręczniku swoim o chorobach gardła z r. 1878 mówi o gośćcowym charakterze ostrego zapalenia migdałków.

Autor ten wspomina również, że w wielu razach spostrzegał przy zwykłem zapaleniu migdałków szmery w sercu. Jakkolwiek pogląd Lennox-Browna nie znalazł, zwłaszcza w Niemczech, oddźwięku, to jednak od tego czasu zaczynają się coraz bardziej mnożyć spostrzeżenia, zdające się przemawiać na korzyść tego poglądu.

I tak, w roku 1880 Fowler[8]) na sobie samym miał sposobność przekonać się o tym związku, Garrod[9]) zaś podaje na 80% (!) stosunek cierpień gardła do ostrego gośćca stawowego. Lasègue[10]) w tymże roku podaje 2 odnośne spostrzeżenia: w jednym z nich zapalenie gardła poprzedziło, w drugiem zaś wystąpiło po ostrym gośćcu stawowym. Dane statystyczne Garroda potwierdził Stewart[11]), oraz Harkin[12]). Ten ostatni autor spostrzegał zapalenie migdałków (tonsillitis), jako wstępne cierpienie w połowie przypadków przy ostrym gośćcu stawowym. W dalszym ciągu ogłosili tu odnoszące się spostrzeżenia Boeck[7]), Bull, Löbl[13]), Laure[14]), znowu Boeck[7]) 3-krotnie zabierający głos w tej sprawie, Ollivier[15]), St. Clair Thomson[15]), oraz Male[17]).

W roku 1885 Mantle[18]) przedstawia w dobrze napisanej pracy wyniki swoich spostrzeżeń, które potwierdzają pogląd Fowlera (nagminne występowanie gośćcowego zapalenia gardła). Rozróżnia on dwie postacie tego ostatniego cierpienia: 1) zapalenie gardła gośćcowe błoniaste (angina rheumatica membranacea), zbliżone do błonicy i 2) niebłoniasta (nonmembranacea), przypominającą płonicowe zapalenie gardła (angina scarlatinosa). Najczęściej przytem, według tego autora, bywają zajęte górne kończyny (staw łokciowy), następnie dolne (stawy: kolanowy i stopowy). Czasami widywał też i zajęcie serca (zastawki 2-kończystej), zwykle je-

dnak przejściowe. Jako cechę znamienną dla tego cierpienia podaje ten autor szybki przebieg.

Wogóle w latach 1885 i 1886 daje się zauważyć, zwłaszcza w Anglii i Ameryce, znaczne zainteresowanie się tą sprawą tak, że nawet wyznaczoną była komisya ze strony *British medical Association* w celu zbiorowego badania częstości cierpień gardła w przebiegu ostrego gośćca stawowego, przyczem Green[19]), jako sprawozdawca wykazał, że przeszło w 25% zapalenie migdałków (tonsillitis) poprzedzało to cierpienie.

Wszyscy autorowie, piszący w owym czasie o tej sprawie, jakoto: Griffith[20]), H. Brown[21])) Fitzmaurice[22]), Fortescue Fox[23]), Easby[24]), Craig[25]), Plimmer[26]), J. Brown[27]), Cameran[28]), wreszcie Gubb[29]) wypowiedzieli pogląd, potwierdzający istnienie przyczynowego związku między temi sprawami chorobowemi. Jeden jedyny Atkinson[30]), jakkolwiek miał sposobność w ostatnich czasach spostrzegać zajęcie gardła przy ostrym gośćcu stawowym, jest przeciwnikiem tego zapatrywania.

Ciekawe są liczby H. Browna. Autor ten stwierdził na 127 przypadków ostrego zapalenia migdałków (epidemia szkolna) 119 razy związek z gośćcem, mianowicie w 76 przypadkach notowano poprzednio to cierpienie, w 14 przypadkach istniał jednocześnie ostry gościec stawowy, w 24 mięśniowy, wreszcie w 28 przyp. stwierdzono bóle gośćcowe. W 46 przyp. rodzice ulegali gośćcowi (w 22 — ojciec, w 14 — matka, wreszcie w 10 przyp. — oboje) — w 17 zaś przyp. bracia i siostry. Semon[31]) również bardzo często widywał zapalenia gardła, powikłane z bólami gośćcowymi, o wiele zaś rzadziej z typowym ostrym gośćcem stawowym. J. Brown wyraża zdanie, że można nie dopuścić do wytworzenia się ropnia migdałka przez wczesne podawanie do wewnątrz przetworów salicylowych, co i ja na podstawie własnego doświadczenia również mogę potwierdzić.

Bardzo interesujący przypadek podaje Stephanides[32]) z Karlsbadu: 35-letnia chora, w ciągu 2 tygodni przebyła

kolejno zapalenie gardła, gośćciec ogólny stawowy i plamice (purpura). Wszystko to powtórzyło się po 8 miesiącach. Po usunięciu przerosłych migdałków, chora ta ostatecznie wyzdrowiała. Seifert[33]) w pięknej monografii o „Angina lacunaris" z r. 1886 również wspomina o stosunku tego cierpienia do ostrego gośćca stawowego. Toż samo Eichhorst w swoim znanym podręczniku szczegółowej patologii i terapii. W dalszym ciągu o tej sprawie chorobowej pisali: Lewis[34]), Whipham[35]), Beverley Robinson[36]), Radcliffe[37]), Thayer[38]), (7 przyp. gośćcowego zapalenia gardła), Ingals[39]), który przyjmuje nawet istnienie przewlekłego gośćcowego zapalenia gardła; Thorner[40]), Hinkel[41]), Arche[42]), Dalton[43]), Cuossland[44]) (wielce zajmujący przypadek 20-letniego chorego, który od 17-go roku życia przebył w ciągu 3 lat ostatnich 5 razy zapalenie migdałków, każdorazowo powikłane z ostrym gośćcem stawowym); wreszcie u nas Czajkowski[45]) (2 przyp.), który również uznaje związek między temi cierpieniami.

W roku 1890/1 Fiedler[46]) w doskonałej pracy „*Zur Aetiologie der Pleuritis*" mówi, że w początkach gośćcowego cierpienia migdały bardzo często przedstawiają zmiany: są mocno zaczerwienione i obrzmiałe. Uważa on za bardzo „plausible" pasorzytnicze pochodzenie gośćca wszechstawowego z prawdopodobną inwazyą migdałków przez drobnoustroje. Bulson[47]) przyjmuje tu jeszcze skłonność do gośćca (diathesis). W dalszym ciągu w sprawie powyższej pisali: Sanson[48]), Roos[49]), z kliniki Quinckego (6 przypadków zapalenia gardła z następczym ostrym gośćcem stawowym). W przypadku Leydena[50]) na 3 tygodnie przed zajęciem stawów i wsierdzia wystąpiło zapalenie gardła. W roku 1894 Buss[51]) napisał bardzo dobrą pracę o tym przedmiocie. Podaje on 12 przypadków w jednej rodzinie zapaleń gardła, powikłanych z ostrym gośćcem stawowym, prócz tego 11 innych przyp., gdzie wprawdzie nie nagminnie, lecz również po zapaleniach gardła występowało ostre zajęcie stawów, wreszcie w 3 innych przyp. z wywiadów można było

przyjąć związek przyczynowy między temi cierpieniami. Riess[52]) podaje o wiele mniejszy stosunek liczby zapadań na gardło w przebiegu ostrego gośćca stawowego, niż Garrod, mianowicie 5%. Suchannek[63]) w doskonałej pracy „O związku zapalenia gardła z ostrym gośćcem stawowym“ (1895 r.) wspominał, że widywał również dość często takie powikłania. Przytacza on jeden przypadek mieszkowego (follicularis) zapalenia gardła, powikłany tem cierpieniem, oraz odnośny przypadek Aronsohna. Groedel[54]) spostrzegał zwiastunowe zapalenie gardła przy ostrym gośćcu stawowym. Spostrzeżenia podobne ogłosili Gouguenheim[55]) i Sterling[56]). Gerhardt[66]) podaje odsetek, który najwięcej zdaje się być zbliżony do prawdziwego, zajmując pośrednie miejsce między zbyt wygórowanym Garroda (80%), oraz zbyt niskim Riessa (5%). Według niego zajęcie gardła przy ostrym gośćcu stawowym zdarza się w 21%.

W roku 1895 wyszła praca Freudenthala[57]) pod tyt.: „On rheumatic and allied affections of the pharynx, larynx, and nose“. Autor ten, zaliczając do pewników tak zw. gośćcowe zapalenie gardła, włącza między innemi do tej kategoryi i tak zw. łagodne owrzodzenie gardła (angina ulcerosa benigna-Heryng), przytaczając 5 przyp., w których cierpienie to (w 2 powikłane z gośćcem) ustąpiło w parę dni po wewnętrznem stósowaniu salolu. W przypadku Westbrooka rozległe owrzodzenia w gardzieli również były pochodzenia gośćcowego. Wade[96]) uważa zapalenie migdałków za pierwotną, ostry zaś gośćciec za następową sprawę, wskutek wessania swoistych drobnoustrojów, lub ich produktów.

W roku 1897 wyszła wyczerpująca, najlepsza od czasu Suchannek'a, monografia Peltesohna[58]): Ueber Angina und Rheumatismus), w której autor przytacza między innymi taki przypadek: matka cierpi na wadę serca wskutek częstych nawrotów gośćca stawowego, a podczas ostatniego napadu zmarła. Jednocześnie wszystkie dzieci zapadły na mieszkowe zapalenie gardła, jedno zaś w końcu na ostry gościec stawowy z następczą wadą serca. Oprócz tego autor ten zwraca

uwagę, że i gościec mięśniowy wikła się czasem z zajęciem gardła (1 przypadek autora). W ostatnich czasach M. Donnel[59]) opisał przypadek gośćcowego zapalenia migdałków, wikłającego się z zapaleniem osierdzia, bez zajęcia stawów; Braislin[60]) zaś 50 przyp. gośćcowego zapalenia gardła, wreszcie Boichon[61]) podaje 50% zapalenia gardła zwiastunowego (angina prodromalis).

Oto i wszystko, co w sprawie powikłań ostrego gośćca stawowego zajęciem gardła, względnie wzajemnego stosunku obu tych cierpień, jest wiadomem.

Ze wszystkiego widać, że tak zw. zapalenie gardła gośćcowe (angina rheumatica lub „rheumatic sore throat" angielskich i amerykańskich autorów) niewątpliwie istnieje, jako samoistna sprawa chorobowa. Dowodzą tego całe szeregi klinicznych spostrzeżeń, których udało mi się dotąd zebrać w literaturze około 250.

Jak już wspomniałem, prawie wszyscy autorowie piszący o tej sprawie, a liczba ich jest poważna, oświadczyli się za istnieniem gośćcowego zapalenia gardła. Jedynymi przeciwnikami są Atkinson i Hope[63]).

Zajęcie gardła w ostrym gośćcu stawowym może albo go poprzedzać, albo przebiegać współcześnie, lub wreszcie występować w jakiś czas po ustąpieniu tej sprawy chorobowej.

Najczęstszą postacią bywa według jednozgodnych twierdzeń większości autorów zapalenie gardła mieszkowe (angina follicularis, lub właściwie „tonsillitis lacunaris acuta)". Od wielu lat przy tem cierpieniu stale zalecam przetwory salicylowe i sądzę, że stosunkowo szybki i łagodny przebieg, jaki spostrzegałem w moich przypadkach, należy przypisać działaniu tego leku.

Lecz i zwykłe zapalenia gardła (angina simplex) może być pochodzenia gośćcowego, co między innemi dowodzi powikłanie tej sprawy ostrym gośćcem stawowym. Przypadki takie znane są w literaturze.

Ja osobiście, podobnie jak i Semon, stosunkowo bar-

dzo rzadko miałem sposobność spostrzegania tego powikłania; natomiast bardzo często w moich przypadkach zapalenie gardła (angina) występowało z bólami gośćcowymi. W tych razach zwykle przetwory salicylowe, stósowane wewnętrznie, dawały doskonałe wyniki.

Oprócz tych 2 postaci zajęcia gardła pochodzenia gośćcowego (t. j. tonsillitis lacunaris acuta, oraz angina simplex), niektórzy autorowie wspominają o ropniach migdałków, względnie około migdałkowych (tonsillitis abscedens et abscessus peritonsillaris), powikłanych z ostrym gośćcem stawowym. Monori[92]) podziela pogląd Fowlera, wypowiedziany jeszcze w r. 1888, że sprawy ropne migdałków i tkanki okołomigdałkowej są pochodzenia gośćcowego. Między innymi jeden taki przypadek ogłosił Auche.

W jedynym przypadku tego rodzaju, jaki miałem sposobność spostrzegać, a odnoszącym się do księdza, liczącego lat 40 parę, obok ropnia okołomigdałkowego po stronie lewej od tyłu, istniały też gośćcowe bóle mięśniowe w kończynach. W przypadku tym również było zajęcie gośćcowe krtani (staw obrączkowo-nalewkowy lewy). I tu salicylan sodowy usunął prędko cierpienie, o ile się zdaje przyrody gośćcowej.

Jak już wspomniałem, Freudenthal zalicza również do gromady gośćcowych cierpień gardzieli i tak zw. łagodne owrzodzenie gardła, opisane po raz pierwszy przez Herynga, a następnie Masucciego i przezemnie[63]). Opiera on swój pogląd na jednoczesnem istnieniu w 2, z 5 spostrzeganych przez siebie, przypadkach — ostrego gośćca stawowego. Przypuszczenie to wydaje mi się dosyć prawdopodobne, gdyż i ja przypominam sobie z mojej praktyki jeden przypadek, 12-letniego chłopca, u którego na obu łukach podniebiennych przednich istniały symetryczne powierzchowne owrzodzenia owalne, wogóle przypominające te, jakie widziałem w 2 innych, ogłoszonych przezemnie przypadkach tego cierpienia. Przypadek ten również był powikłany ostrym gośćcem sta-

wowym (matka dotknięta wadą serca, jako następstwo tegoż samego cierpienia),

Jak widzimy więc, cierpienia gardła przyrody gośćcowej mogą występować pod najrozmaitszemi postaciami, niekiedy zupełnie bez zajęcia stawów, czasami z zajęciem serca; niekiedy mają one charakter nagminny, częściej jednak występują sporadycznie. Przyroda gośćcowa tych cierpień znajduje potwierdzenie do pewnego stopnia w skuteczności leczniczej przetworów salicylowych. Z drugiej znowu strony znane są spostrzeżenia, gdzie leczenie miejscowe, t. j. usuwanie spraw chorobowych w gardle, usuwało też bezpowrotnie częste nawroty ostrego gośćca stawowego (przypadki Staffela[64]) i Stephanidesa).

Również za gośćcowym charakterem tych cierpień gardła przemawia tożsamość zarazka w obu tych sprawach chorobowych, zwłaszcza *anginae lacunaris*. W tem ostatniem mianowicie cierpieniu, jak to wykazały zgodne wyniki badań B. Fraenkela[98]), Goldscheidera[100]), moje[65]) i innych, główną odgrywają rolę gronkowce i paciorkowce. Tegoż samego rodzaju drobnoustroje ropotwórcze znajdowano w zawartości stawów w ostrym gośćcu stawowym, mianowicie: Paul Guttmann[67]) gronkowca ropotwórczego złotego, Hlava[68]) paciorkowce, Birch Hischfeld[69]) paciorkowce i gronkowce. W jaki sposób przedostają się owe laseczniki do ustroju? Nie ulega dziś najmniejszej wątpliwości, że tak jak przy wielu chorobach zakaźnych, tak i przy ostrym gośćcu stawowym, prierwotnem siedliskiem zarazka jest tkanka gruczołowa, mianowicie tak zw. pierścień limfatyczny Waldeyera, to jest migdały podniebienne, gardłowy i językowy. Przenikaniu temu sprzyja stała sprawa emigracyi leukocytów przez nabłonek migdałków podniebiennych i językowego (Stöhr)[70]), oraz gardłowego (Suchannek)[71]), następstwem czego bywają braki w nabłonku, stanowiące „fizyologiczne rany" (Gerhardt). Dzięki aktowi połykania i wskutek tego ujemnego ciśnienia powietrza ułatwia się przenikanie tych zarazków przez tkankę gruczołową gardła (Scanes Spicer)[72]).

W dalszym ciągu, jak to wykazał Löffler[72]), drobnoustroje, dostawszy się z powierzchni błony śluzowej do głębszych warstw, przenikają do przestrzeni w tkance łącznej podśluzowej (Spalträume), lub odrazu przez nadżarcie zmartwiałych tkanek do naczyń chłonnych i krwionośnych, przyczem, wskutek zakrzepowego zapalenia żył (trombophlebitis) mogą się po całym roznosić ustroju, a więc i do stawów, wywołując ostry gośćciec stawowy, na który obecnie zaczynają się zapatrywać, jako na złagodzoną postać ropnicy (verblasstes Spiegelbild der Pyaemie; Sahli)[74]).

Wszystko, co powyżej powiedziałem o ostrym gośćcu stawowym, tyczy się *mutatis mutandis* i gośćca mięśniowego, jako to mianowicie wykazał Peltesohn w wyżej przytoczonej pracy. I przy tem cierpieniu bywa względnie często zajęte gardło (przypadki Haig Browna, Seiferta, Greena, Fowlera, Semona, Peltesohna, Fletcher Ingalsa, Beverley Robinsona, Maclagana, Thornera i innych), przyczem znamiennymi są bóle gośćcowe przedewszystkiem w mięśniach gardła, silne bóle przy połykaniu, obok małych stosunkowo zmian zapalnych, oraz karku i szyi (torticollis). Ciekawy przypadek przytacza z własnej praktyki Peltesohn: już dzieckiem będąc chory często zapadał na zapalenie migdałów, zawsze połączone z szyją skośną (torticollis). W wieku dojrzałym występowały często napady bólów gośćcowych w karku i kończynach (także stawowe), z częstemi ostremi zapaleniami gardła, przeważnie w okolicy fałdu trąbko-gardłowego (plica salpingo-phlaryngea). Przypalanie gardła azotanem srebrowym *in substantia* usunęło na czas dłuższy te objawy. Ostatnimi czasy chory znowu zapadł na ostry gościec stawowy i mięśniowy, połączony z bólami przy połykaniu, czasami poprzedzającymi ogólne objawy gośćcowe.

O wiele rzadziej spotykamy się z gośćcowem zapaleniem krtani (laryngitis rheumatica).

W literaturze niewiele dotąd istnieje spostrzeżeń tego rodzaju. I tak, pierwszą, jeśli się nie mylę, wzmiankę o tem

cierpieniu uczynił Schech[75]) z Monachium w r. 1882—3 (2 przyp. porażeń krtaniowych gośćcowego pochodzenia, oraz 1 przyp. Gesseniusa[76]) porażenia rozszerzaczy głośni). Są to tak zw. przez Lermoyeza[77]) „nevrites recurrentielles rhumatismales indirectes".

Nieco później, gdyż w r. 1886, we Francyi Raymond Archambault[78]) obrał ten przedmiot za temat do dysertacyi. Między innymi autor ten wspomina o następującym przypadku: 31-letnia chora zapadła na gościec stawowy ostry, oraz zapalenie wsierdzia i osierdzia. Nagle wystąpiły bóle przy połykaniu i duszność, wymagająca natychmiastowej tracheotomii. Prócz tego przytacza 2 przyp. obrzęku krtani pochodzenia gośćcowego (Joela i Couparda).

Jednocześnie w Hiszpanii Ramon de la Sota ogłosił przypadek pierwotnego zapalenia w stawie obrączkowo-nalewkowym po zaziębieniu. Przypadek ten według wszelkiego prawdopodobieństwa należy zaliczyć do kategoryi cierpień gośćcowych. Również mniej więcej w tym czasie pisał o tej sprawie chorobowej Fletscher Ingals, oraz Max Thorner (1888 r.), który pod nazwą „rheumatic sore throat" rozumie i zajęcie krtani. Dalej tu się odnoszą trzy przypadki Masseiego[79]) (1889 r.) porażeń krtani pierwotnych, tak zw. przez Lermoyeza „nevrites recurrentielles rhumatismales directes". W dalszym ciągu w r. 1891 Lacoarret[99]) wspomina, że ostre zapalenie stawów obrączkowo-nalewkowych może być i gośćcowego pochodzenia. W tym roku Ehrmann opisał przypadek gośćcowego porażenia strun głosowych, oraz Laranza[80]) jednocześnie przypadek gośćcowego zajęcia mięśni krtaniowych. Tu się odnoszą jeszcze 5 przyp. Hutchinsona[81]) i jeden przyp. Boulaya, oraz Knighta[82]), zaliczone przez Lermoyeza również do „nevrites recurrentielles rhumatismales directes".

W roku 1892 Grünwald[83]) z Monachium w pracy *Ueber primäre Entzündungen im und am Crico-arytänoidalgelenk*. podaje 5 przyp. tak zw. „Synovitis crico-arytaenoidea acuta rheumatica". Znamiennemi cechami tego cierpienia

mają być według tego autora. 1) specyalnie nieprzyjemne uczucie, zwłaszcza przy łykaniu z jednej lub obu stron szyi, bądź w okolicy kąta szczęki, bądź kości gnykowej, bądź wreszcie migdałów; 2) uczucie to występuje przy ucisku na okolicę stawu obrączkowo-nalewkowego strony odpowiedniej, przyczem — 3) zwykle daje się uczuwać, a niekiedy nawet usłyszeć lekkie trzeszczenie (crepitatio) i to tylko w tem miejscu; 4) wzmożenie *resp.* występowanie tego uczucia przykrego jedynie w leżącem położeniu, zwłaszcza przy jednoczesnem połykaniu; 5) ruchy ku wewnątrz odpowiedniej chrząstki nalewkowej, widzialne w obrazie laryngoskopowym podczas ucisku od zewnątrz na powyższy punkt, wreszcie — 6) ograniczona tkliwość (bolesność) okolicy stawowej przy dotykaniu zgłębnikiem od strony przełyku.

Przypadki te, przedstawiające typowy obraz chorobowy, uwzględniając ich szybki przebieg, dalej czynnik etyologiczny (zaziębienie), wreszcie łatwość nawrotu wskutek nowych bodźców chorobowych, skłonnym jest autor uważać za gośćcowe.

W tymże (1892) roku Goris[84]) opisał przypadek gośćca mięśniowego krtani (porażenie rozwieraczy głośni). W przypadku tym była wykonana tracheotomia, poczem nastąpiło wyleczenie.

W roku 1893 Compaired[85]) z Madrytu ogłosił trzy przypadki gośćcowego zajęcia krtani: w jednym z nich była gorączka i zajęcie innych stawów. Z objawów krtaniowych autor spostrzegał: chrypkę i ból przy mówieniu, łykaniu, oraz dotykaniu zewnętrznem okolicy krtani. Przy badaniu laryngoskopowem okolica chrząstek nalewkowych była mocno obrzmiałą, przyczem ruchy strun głosowych były upośledzone. W przypadkach tych duże dawki przetworów salicylowych usunęły szybko objawy krtaniowe.

W tymże roku Simanowski[86]) z Petersburga również opisał 3 przypadki gośćcowego zapalenia stawów obrączkowo-nalewkowych. We wszystkich zajęte były również i inne stawy. Raz jeden pierwotnie zajętą była krtań. Ró-

wnież raz jeden zajęcie było obustronne. Z objawów stale spostrzegano chrypkę, niemożność połykania (dysphagia) i ból przy zewnętrznem obmacywaniu okolicy krtani. Przy badaniu zwierciadełkiem krtaniowem znaleziono: obrzęk okolicy chrząstek nalewkowych i słabą ruchomość strun głosowych.

Również w r. 1893 Schmigelow z Kopenhagi, przytoczony w pracy Newcombra „The laryngeal manifestations of Rheumatism“, spostrzegał porażenia strun głosowych pochodzenia gośćcowego. Thorner zaś poraz drugi zabierał głos w powyższej sprawie. W roku 1894 George Meyer[87]) z Berlina ogłosił przypadek, odnoszący się do 49-letniego chorego, którego 5-letni syn również był dotkniętym tąż samą chorobą. t. j. ostrym gośćcem stawowym. Chory ten jednocześnie cierpiał na zajęcie stawu obrączkowo-nalewkowego (dotkliwe bóle przy łykaniu, duszność), wskutek którego o mało, że nie doszło do tracheotomii. W tymże roku opisał de Hav-Hall w swoim podręczniku chorób nosa i gardła dwa przypadki zajęcia stawów obrączkowo-nalewkowych (*positio cadaverica* struny głosowej) pochodzenia gośćcowego. Sądzi on, że w braku zajęcia innych stawów rozpoznanie może być trudnem. Garrod w swojem „a treatease on Rheumatism“ przytacza 3 odnośne przypadki (śmiertelny Schützenbergera i 2 Hirscha). W przytoczonej już pracy Freudenthala z New Yorku z roku 1895 znajdujemy parę przypadków gośćcowych cierpień krtani. Autor ten, wbrew twierdzeniu M. Mackenziego, nie tylko przyjmuje to cierpienie, lecz nawet uważa je za stosunkowo częste, zgadzając się w tem z Archambaultem, oraz de Hav-Hallem.

Sądzi on, że u pewnych osobników z usposobieniem gośćcowem zapalenie krtani może być w wielu razach tygodnie całe, a nawet miesiące, jedynym objawem gośćca i jako zwykłe zapalenie krtani bezskutecznie może być leczone miejscowymi środkami, podczas gdy wewnętrzne użycie przetworów salicylowych usunęłoby wkrótce to cierpienie. Jako ilustracyę powyższego autor ten przytacza z własnej praktyki

następujące przypadki: 1) 50-letni chory przed 5 laty leczył się u autora na bardzo uporczywe zapalenie krtani, jednocześnie zaś cierpiał na gościec stawowy i mięśniowy. Przed 2 laty znowu zapadł na ostry gościec stawowy, który się odtąd powtarzał często zawsze z zajęciem krtani (laryngitis). Leczenie miejscowe pozostawało bez skutku, natomiast szybko nastąpiło wyleczenie po wewnętrznem użyciu salolu. Przypadek 2-gi dotyczył 31-letniej chorej, która po silnem zaziębieniu dostała dreszczów, bólów w całem ciele, chrypki i bólu gardła. Przy badaniu laryngoskopowem krtani autor stwierdził zaczerwienienie błony śluz. krtani, oraz zupełną nieruchomość lewej struny głosowej. Wewnętrzne narządy były zdrowe. Przypuszczając gośćcowe pochodzenie cierpienia krtaniowego, autor zalecił do zażywania salicylan sodowy. Po 6 dniach bez leczenia miejscowego nastąpiło wyzdrowienie. Przypadek 3-ci dotyczył 17-letniej panny, która od kilku tygodni cierpiała na bóle w lewej połowie krtani. Badanie laryngoskopowe nie wykazało żadnych zmian. W 2 miesiące potem, przy stale istniejących bólach, autor znalazł obrzmienie w okolicy lewej chrząstki nalewkowej; ruchy lewej połowy krtani, *resp.* lewej struny głosowej, o wiele mniej swobodne. Bezgłos (aphonia). Wewnętrzne narządy zdrowe. W kilka miesięcy potem zapadła ona na silny ostry gościec stawowy (już poprzednio parokrotnie miewała napady gośćcowe). Pomimo stósowania przetworów salicylowych powrót do zdrowia następował powoli i dopiero po nadejściu ciepłej pory bóle i wogóle zmiany w krtani ustąpiły. Prócz tego autor ten wspomina o zajęciu krtani w przebiegu przewlekłego gośćca stawowego (przypadki Harrison Allena, Hinkela, oraz swoje), zaliczając je jednak do cierpień pochodzenia dnawego (podagrycznego), oraz lithaemicznego.

W roku 1896 Knight ogłosił przypadek porażenia prawej struny głosowej gośćcowego pochodzenia; po 9 latach nastąpiło porażenie lewej struny takiegoż pochodzenia.

W tymże roku ogłosiłem w *Gazecie lekarskiej*[88]) przypadek zapalenia stawów obrączkowo-nalewkowych gośćcowego

pochodzenia (arthritis crico-arytaenoidea rheumatica): 18-letnia chora uległa przed 3 tygodniami przedwczesnemu porodowi. Na parę dni przedtem nagle wystąpiła gorączka, chrypka, bóle gardła, oraz stawów (przeważnie w łokciowym lewym). Przy badaniu laryngoskopowem znalazłem okolice obu chrząstek nalewkowych mocno zaczerwienione i obrzmiałe; ruchomość obu połów krtani prawie zniesiona, szpara głosowa minimalna, duszność. Zewnętrzne dotykanie okolicy stawów obrączkowo-nalewkowych bolesne. Salipyrina, następnie salicylan sodowy, miejscowo pulweryzacya z rozczynu kokainy. Po 2 tygodniach wszystkie objawy ze strony krtani, tak podmiotowe, jakoteż i przedmiotowe ustąpiły, natomiast zajęcie jednego stawu ustąpiło w zupełności dopiero po odbytem leczeniu w Ciechocinku.

W roku 1897 Prof. Uchermann[85]) z Christyanii odczytał na Zjeździe międzynarodowym w Moskwie pracę pod tyt.: „Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa)", w której przytacza 2 przypadki zajęcia krtani pod postacią ograniczonych, bardzo bolesnych, czerwonawych, dość twardych nacieczeń w blizkości, lub pod stawem obrączkowo-nalewkowym z zrośnięciem rzekomem (pseudoankylozą), oraz nieruchomością odpowiedniej struny. Sądzi on, że wiele tak zw. gośćcowych porażeń nerwu krtaniowego dolnego jest pozostałością po tych zmianach. Odczyt ten wywołał wkrótce potem uzupełnienia, najpierw ze strony Goldscheidera[90]), który wspomina o analogicznym przypadku, spostrzeganym w roku 1894 w klinice Leydena (przypadek ten był następnie opisany przez Schleudera w jego dysertacyi: „Ueber Oedema laryngis bei Polyarthritis rheumatica acuta" 1895). Hirsch[91]) zaś dowodzi, że Gerhardt już przed laty 24 opisał 2 przypadki analogiczne do Uchermannowskich. Sam zaś w roku 1886 (Zur Statistik des acuten Gelenkrheumatismen) podał, że w klinice Würzburgskiej, w latach 1876 do 1884, 3% przypadków gośca stawowego było powikłanych tego rodzaju zajęciem krtani.

Wreszcie w roku 1898 w pracy mojej[92]) p. t.: „O ro-

pnem zapaleniu migdałków podniebiennych, oraz językowego, ze szczególnem uwzględnieniem ropni okołomigdałkowych", podałem między innymi przypadek, w którym również zajętym był staw obrączkowo-nalewkowy lewy, prawdopodobnie przyrody gośćcowej, sądząc z szybkiego ustąpienia tych zmian po wewnętrznem użyciu salicylanu sodu. O przypadku tym po części już wzmiankowałem w 1-ej części niniejszej pracy. Ostatni wreszcie przypadek spostrzegałem w ostatnich czasach w praktyce lecznicowej: 20 kilkoletnia chora skarżyła się na bóle w okolicy krtani, trwające od kilku dni, jakoteż na bóle w stawach kolanowych. Zapomocą zwierciadełka stwierdziłem zajęcie stawu obrączkowo-nalewkowego lewego (obrzęk i zaczerwienienie okolicy lewej chrząstki nalewkowej, zmniejszona znacznie ruchomość lewej struny głosowej). Zewnętrzne badanie krtani (palpatio) b. bolesne. Salicylan sodowy, użyty wewnętrznie, sprowadził po kilku dniach wyzdrowienie bez miejscowego leczenia.

Oto jest wszystko, co w sprawie cierpień gośćcowych krtani dotąd jest wiadomo.

Widzimy zatem, że cierpienia te mogą być najrozmaitszej przyrody, począwszy od zwykłego zapalenia krtani (laryngitis acuta simplex), oraz jego odmiany: „laryngitis acuta rheumatica circumscripta v. nodosa (Uchermann)«, a skończywszy na porażeniach krtani *resp.* strun głosowych, bądź samoistnych (nevrites recurrentielles rhumatismales-Lermoyez), bądź też następowych, wskutek zapalnego zajęcia stawów obrączkowo-nalewkowych (perichondritis arytaenoidea-arthritis crico-arytaenoidea rheumatica). Przytem zajęcie krtani gośćcowego pochodzenia może wikłać sprawą ogólną gośćcową i wtedy rozpoznanie jest łatwem. Niekiedy jednak dopiero dłuższe spostrzeganie, oraz leczniczy wpływ przetworów salicylowych pozwala na właściwe rozpoznanie zajęcia gośćcowego krtani, które w wielu razach na mniej lub więcej znaczny czas poprzedza występowanie tej sprawy w stawach kończyn.

I tu podobnie, jak przy zajęciu gardła, wszystko, co

powyżej powiedziano odnośnie do ostrego gośćca stawowego, odnosi się *mutatis mutandis* i do gośćca mięśniowego, jak to między innymi stwierdza spostrzegany przezemnie przypadek, o którym powyżej wspomniałem (ropień okołomigdałkowy tylny, zajęcie stawu obrączkowo-nalewkowego lewego, ostry gościec mięśniowy)

Pozostaje nam rozpatrzeć się w zajęciu jam nosowych, zatok bocznych nosa, oraz jamy nosogardłowej w ostrym gośćcu stawowym.

Z góry uprzedzam, że dotąd w tym kierunku posiadamy bardzo skąpe dane. Jakkolwiek już oddawna istnieją w literaturze luźne wzmianki o gośćcowem pochodzeniu pewnych cierpień nosowych (Grenham np. w r. 1880 spostrzegał 7 razy na 50 przyp. krwawienie z nosa w przebiegu ostrego gośca stawowego; toż samo Shaw[93]), to jednak dopiero w r. 1895 pierwszy Freudenthal, w wielokrotnie już przytaczanej pracy, zajął się szczegółowiej tą sprawą. Słusznie, zdaniem mojem, zwraca autor ten uwagę na to, że jeżeli przyjmujemy gośćcowe pochodzenie zajęcia gardła, oraz krtani, to dla czego nie moglibyśmy tego zapatrywania odnieść i do pewnych cierpień nosa? Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że pewną część ostrych nieżytów nosa pochodzenia *a frigore* — rzekomo z przeziębienia, należy położyć na karb gośćca. Toż samo się tyczy ostrego zajęcia zatok bocznych nosa, przy którem obok objawów miejscowych bardzo często chorzy skarżą się na ogólne znużenie bolesne, bóle w stawach, mięśniach, kościach etc. Tem się prawdopodobnie tłómaczy działanie lecznicze, jakie w tych razach spostrzegamy po zastósowaniu przetworów salicylowych (salicylan sodowy, salol, salipyrina).

Freudenthal spostrzegał również zajęcie jam nosowych przyrody gośćcowej przy przewlekłym gośćcu stawowym. Wogóle autor ten dzieli gośćcowe cierpienia nosa na 2 główne gromady: 1) ze zmianami przedmiotowemi (obrzmienie muszel, nie poddające się leczeniu etc.). oraz 2) bez tych zmian, gdzie więc gośćcowy charakter cierpienia nosowego

został wykryty *ex juvantibus*. Obie gromady ilustruje autor spostrzeżeniami, zaczerpniętemi z własnej praktyki.

Pierwszej kategoryi cierpień opisuje Freudenthal dwa przypadki: I) chora 55-letnia cierpi na przewlekły gośćciec stawowy z nasileniami; w czasie jednego z nich dostała silnego nieżytu nosa z zupełnem zatkaniem jam nosowych, bólami w głowie i nosie. Nos na dotyk b. bolesny, toż samo przy wprowadzaniu nosowego zwierciadełka, bez wszelkich jednakże zmian w otworach nosowych, któreby ten objaw tłómaczyć mogły. Natomiast muszle nosowe (dolne i średnie) były mocno obrzmiałe, przyczem obrzęk nie ustępował po zapędzlowaniu 10% kokainą. Stan taki trwał około 3 tygodnie, poczem dopiero z ustąpieniem zajęcia stawów ustąpiły i wszystkie objawy ze strony nosa.

Po roku powtórzyło się to samo cierpienie: znowu świeże zajęcie stawów i nosa, które trwało tym razem dwa tygodnie.

II) Drugi przypadek dotyczył 41-letniego chorego, również z zastarzałym gośćcem. Podczas jednego ze świeżych napadów wystąpiły bóle z lewej strony nosa. Znaczny obrzęk muszli lewej dolnej (przylega do przegrody nosa), a badanie zgłębnikiem wykazało znaczną jego zbitość. Kokaina pozostała bez wpływu. Po 3 tygod. przy ogólnem leczeniu (salol, parówki) nastąpiło wyzdrowienie. Po 5 tygodniach choroba powróciła z analogicznem zajęciem tej samej (lewej) połowy nosa. Ten sam był wpływ i skutek leczenia ogólnego.

Druga kategorya gośćcowych cierpień nosa (bez zmian przedmiotowych) jest częstszą. Autor przytacza 3 tego rodzaju przypadki:

I) 22-letnia chora skarżyła się na ból w nosie, trwający od lat dwóch. Cierpi ona od dziecka na gościec stawowy. W nosie przy szczegółowem badaniu nie wykryto żadnych zmian przedmiotowych. Salicylan sodowy usunął ból nosa na czas jakiś, poczem występowały częste nawroty, zawsze skutecznie leczone tym środkiem.

II) Przypadek dotyczył 65-letniej chorej, która od 9 miesięcy cierpi na bóle w nosie. Od dawna doznaje bólów gośćcowych w sta-

wach. W nosie niema zmian. Salol wewnętrznie zastósowany (6,0 dziennie) usunął bóle nosowe.

III) Chory 19-letni doświadcza od 5 miesięcy bólów w nosie bez zmian widocznych w jamach nosowych. Wystąpiło suche zapalenie opłucnej (pleuritis sicca). Podano salicylan sodowy w dużych dawkach (8,0 dziennie). Po 3 tyg. nastąpiło wyzdrowienie.

Analogiczny przypadek miałem sposobność spostrzegać w praktyce prywatnej przed paru laty: 20-kilkoletnia chora skarżyła się na dokuczliwe bóle w nosie w okolicy zatok czołowych, trwające od kilku miesięcy. Badanie jam nosowych wziernikiem dało wynik bezwzględnie ujemny, toż samo prześwietlanie zatok bocznych nosa (Highmora i czołowych). Wszelkie dotychczasowe leczenie powstało bez skutku. Dopiero wywiady (przebyty gościec stawowy, od czasu do czasu powracający), dostarczyły wskazówek do rozpoznania przyrody cierpienia nosowego. I rzeczywiście przetwory salicylowe, oraz kąpiele słone usunęły uporczywe to cierpienie.

Od tego czasu miałem sposobność spostrzegać jeszcze dwa inne przypadki analogiczne z wyżej opisanym, w których również salicylan sodowy, *resp.* salol, okazał się skutecznym. Również w ostatnich czasach spostrzegałem przypadek, który kwalifikuje się do 1-szej gromady Freudenthala: 22-letnia chora zapadła od kilku dni na ostry gościec stawowy jednocześnie z ostrem zapaleniem bł. śluzowej gardła i nosa. W nosie stwierdzono obrzęk znaczny i zaczerwienienie dolnych muszel; nos na dotyk bardzo tkliwy, zwłaszcza w okolicach skrzydeł nosa. Bez leczenia miejscowego, przy zastósowaniu jedynie wewnętrznem salicylanu sodowego, szybko ustąpiły wszystkie objawy zarówno podmiotowe (ból nosa, bolesne łykanie), jak i przedmiotowe (obrzęk muszel, zajęcie gardła), wraz z ustąpieniem bólów stawowych.

Z innych autorów de Hav-Hall[94]) wspomina o przypadku zapalenia migdałków torebkowego (tonsillitis follicularis) w jamie nosogardłowej pochodzenia gośćcowego. Autor ten czyni występujące w przebiegu ostrego gośćca stawo-

wego krwawienia nosowe zależnemi od przyjmowania do wewnątrz salicylanu sodowego.

Wreszcie należy mi wspomnieć, że ostatnimi czasy Uchermann spostrzegał w nosie zmiany analogiczne do opisanych przez niego w krtani, mianowicie na chrząstkowej przegrodzie widywał ten autor jednostronne, zwykle ograniczone nacieczenia (rhinitis acuta rheumatica circumscripta s. nodosa).

Jak sobie objaśnić związek przyczynowy między ostrym gośćcem stawowym, *resp.* mięśniowym, a zajęciem jam nosowych? I tu podobnie jak w gardle, wielce prawdopodobnem jest usadawianie się pierwotne zarazka w jamach nosowych, czemu sprzyja ta okoliczność, że, jak to wykazał Bickel[95]), tkanka gruczołowa, wielce sprzyjająca przenikaniu drobnoustrojów chorobotwórczych, rozszerza się z jamy nosogardłowej na jamy nosowe, dochodząc aż do przednich końców muszel dolnych i średnich. Istnieją również badania doświadczalne Rotha[101]), które dowodzą, że zakażenie jest możebne nawet przy całkowitej (niezmienionej) błonie śluzowej nosa.

Literatura.

1. Trousseau: Clinique médicale de l'Hôtel Dieu, 1895. — 2. Clarke: Schmidt's Jahrbücher, 1865. — 3. Ogle: Med. Times and Gaz., February 11, 1865. — 4. Heymann: Virchows Archiv, Bd. 56, 1872. — 5. Niemeyer-Seitz: Lehrbuch der spec. Path. und Th. IX. Auflage, 1879. — 6. Lagranére et Piponnier: Essay sur les angines rhumatismales et goutteuses. Thése. Paris, 1876. — 7. Boeck: Schmidts Jahrbücher, 1882. — 8. Fowler: On the Association of the affections of the throat with acute rheumatism. Lancet, 1880, H. 24. — 9. Garrod: A treatease on Rheumatism, p. 82. — 10. Laségue: Arch. generales de med., 1880. — 11. Stewart: Lancet, 1881, 4/I. — 12. Harkin: Dublin Jour., 1881, October. — 13. Loebl: Wien. Blät., 1882, 43. — 14. Laure: L'union med., 1882, 141, 3. — 15. Ollivier: dto 1884, 151. — 16. St. Clair. Thompson: Lancet. 1884, May 24. — 17. Male: dto Sept. 6. — 18. Mantle: Brit. med. Jour., 1885, November. — 19. Green: Quinsy and rheumatism tonsillitis and rheumatic diathesis Infectious sore threat etc. Brit. med. Jour., 1885, 26/IX. — 20. Griffiths: Ibidem, 13/VI. — 21. Harg Brown: dto 3/X. — 22. Fitzmaurice: dto 17/X. - 33. Fortescue Fox: dto 28/XI. — 24. Easby: dto 5/XII. — 25. Craig: dto 1/I, 1896. — 26. Plimmer: dto 16/I. — 27. J. Brown: dto 23/I. — 28. Cameran: dto 6/II. — 29. Gubb: dto 13/III. — 30. Atkinson: Brit. med. Jour., 1885. 19/VIII. — 31.

Semon: Referent powyższych prac w Int. Centr. f. Lar., 1886, p. 491. — 32. Stephanides: Prag. med. Woch., 1885, 50. — 33. Seifert: Ueber Angina lacunaris. Wien. med. Woch., 1886. 40. — 34. Lewis: Brit. med. Jour., 1888.—35. Whipham: Brit. med. Jour., 1888, 25/II. — 36. Beverley Robinson: New York med. Rec., 1880, 6/XII. — 37. Radcliffe: Jour. of Amer. med. Assoc., 1890, 12, 4. 38. Thayer: New York med. Jour., 1890, 26, 27. — 39. Ingals: w Sajons Ann. of the Univ. med. Science. — 40. Thorner: Chronic throat affections of rheumatic origen. New York med. Rec., 1889, 22/VI. — 41. Hinkel: Med. Press of Western New York, III, 7. — 42. Auche: Ann. de la policl. de Bordeaux, 1801, II, 5. — 43. Dalton: Brit. med. Jour. March. 1. — 44. Cressland: J. Centr. für Lar. Bd. IX. p. 499. — Czajkowski: Gazeta Lekarska, 19, 1891. — 46. Fiedler: Jahresber. d. Gesel. f. Nat. u. Heil., Dresden, 1890/1. 47. Bulson: J. Cent. f. Lar., 1894/5, p. 461. — 48. Sanson: Allg. wien. med. Zeit., 1893, 6. — 48. Roos: Ueber rheumatische Angina. Berl. kl. Woch., 25, 26, 1894. — 50. Leyden: Deut. med. Woch., 1894, 6/12. — 51. Buss: Ueber die Beziehungen zwischen Angina u. acutem Gelenkrheumatismus. Deut. Arch. f. klin. Med., Bd. 54, 1894. — 52. Riess: Cytowany w pracy Bussa. — 53. Suchannek: Die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus. Sam. zw. Abh. a. d. G. d. Nasen, Ohr. M. Heft I, 1895. — 54. Groedel: J. Cent. f. Lar., p. 485. — 55. Gouguenheim: Gaz. med., 1897.— 56. Sterling: J. Cent. f. Lar., 1896, p. 161. — 57. Freudenthal: On rhematic and allied affections of the Pharynx, Larynx and Nose. Med. Record, February 16, 1895. — 58. Peltesohn: Ueber Angina und Rheumatismus, Arch. f. Lar. J. Bd. 1, H., p. 58. — 59. M'Donnel: Brit. med. Jour., 1897, 2/I. — 60. Braislin: J. Cent. f. Lar., 1893/4, p. 294. — 61. Borchon: Gaz. Hébdom. de med. 1896, 22/VI. — 61. Hofe: J. Cent. f. Lar., 1896, p. 463. — 63. Sędziak: (Dwukrotnie). Przypadek anginae ulcerosae benignae. Nowiny Lekarskie i Przegląd Lekarski, 1892 r. — 64. Staffel: J. Centr. f. Laryng.. 1896, p. 378. 65. Sędziak: Przyczynek do etiologii t. zw. angina follicularis. Nowiny Lek., 1894. — 66. Gerhardt: Verh. d. Congr. f. innere Med., 1896, 8/IV. — 67. Guttmann: Deut. med. Woch., 1886, Nr. 46. — 68. Hlava: Baumgartens Jahresberichte, 1888. — 69. Birch Hirschfeld: Verh. Congr. f. inn. Med., 1888. — 70. Stöhr: Virch. Arch., Bd. 97. — 71. Suchannek: Zieglers Beitr. zur norm. u. path. Anat. 1888. — 72. Scanes Spičer: Lancet, 1880, 27/X, p. 805. — 73. Löffler: Mitth. a. d. Kais. Ges., Bd. II, 1884. — 74. Sahli: Corespbl. f. Schw. Aerzte I, 1894. — 75. Schech: Monat f. Ohrenheil., 1883, 8. — 76. Gessenius: Deut. med. Woch., 1882, 38. — 77. Lermoyez: Les causes de paralysies recurrentielles. Bull. et revue d. l. Soc. fr. de Lar. p. 145, t. XII, cz. I. — 78. Archambault: Des manifestations laryngées aiguées du rhumatisme. Thése. Paris, 1886. — 79. Massei: Nevrita primaria del trunco dei ricorrente. Arch. ital. de Lar, 1889, p. 107. — 80. Laronza: Rev. de lar., 1891, p. 398. — 84. Hutchinson: Brit. med. Jour., 1891, 18/VIII. — 82. Knight: Arch. of Laryng. IV, p. 137. — 83. Grünwald: Ueber primäre Entzündungen im und am Crico-arytänoidalgelenk. Berl. klin. Wsch., 20, 1892. — 84. Goris: J. Centr. f. Lar., 1893/4, p. 144. — 85. Compaired: Arch. inter. de lar. I, 25, 1893. — 86. Simanowsky: Wracz, 18—20, 1893. — 87. Meyer: Berl. klin. Woch., 1893, 16. — 88. Sędziak: Zapalenie stawów obrączkowonalewkowych po-

chodzenia reumatycznego. — 89. Uchermann: Laryngitis acuta rheumatica circumscripta (nodosa). Deut. med. Woch., 1897, 47. — 90. Goldscheider: Deut. med. Woch., 1897. 50. — Hirsch: Ibidem. 92. Sędziak: O ropnem zapaleniu migdałków podniebiennych etc., Kron. Lekar., 1898. — 93. Shaw: Guys Hosp. rep. V. XIV, p. 125. — 94. de Hav-Hall: The Lettsomian lectures on diseases of the nose and throat in relation to general medicine. Lancet, 1897, Febr. 6—27 i March. 13. 95. Bickel: Virchows Archiv. B. 97, p. 340: — 96. Wade: Brit. med. Jour., 1896, p. — 97. Monori: Boll. delle malat. della orech., 1897. III. — 98. B. Fraenkel: Berl. klin. Woch., 1886, 17—18. — 99. Lacoarret: J. Centr. f. Lar. VIII, p. 495. — 100. Goldscheider: Zeitschr. f. kl. Med., 1893, 22 B. — 101. Roth: Zeit. f. Hyg., 1888, IV, p. 151.

Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“ Nr. 1 i 3 1899.

Kraków, 1899. — Drukarnia Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.